

Année 1930

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Mme Germaine VERGOZ

Née Reboul, le 2 Octobre 1899, à Limoges (Haute-Vienne)

*Essai sur le traitement des
manifestations articulaires chroniques
par une association d'iode
et de salycilate de Phénol*

Président : M. BEZANÇON, Professeur

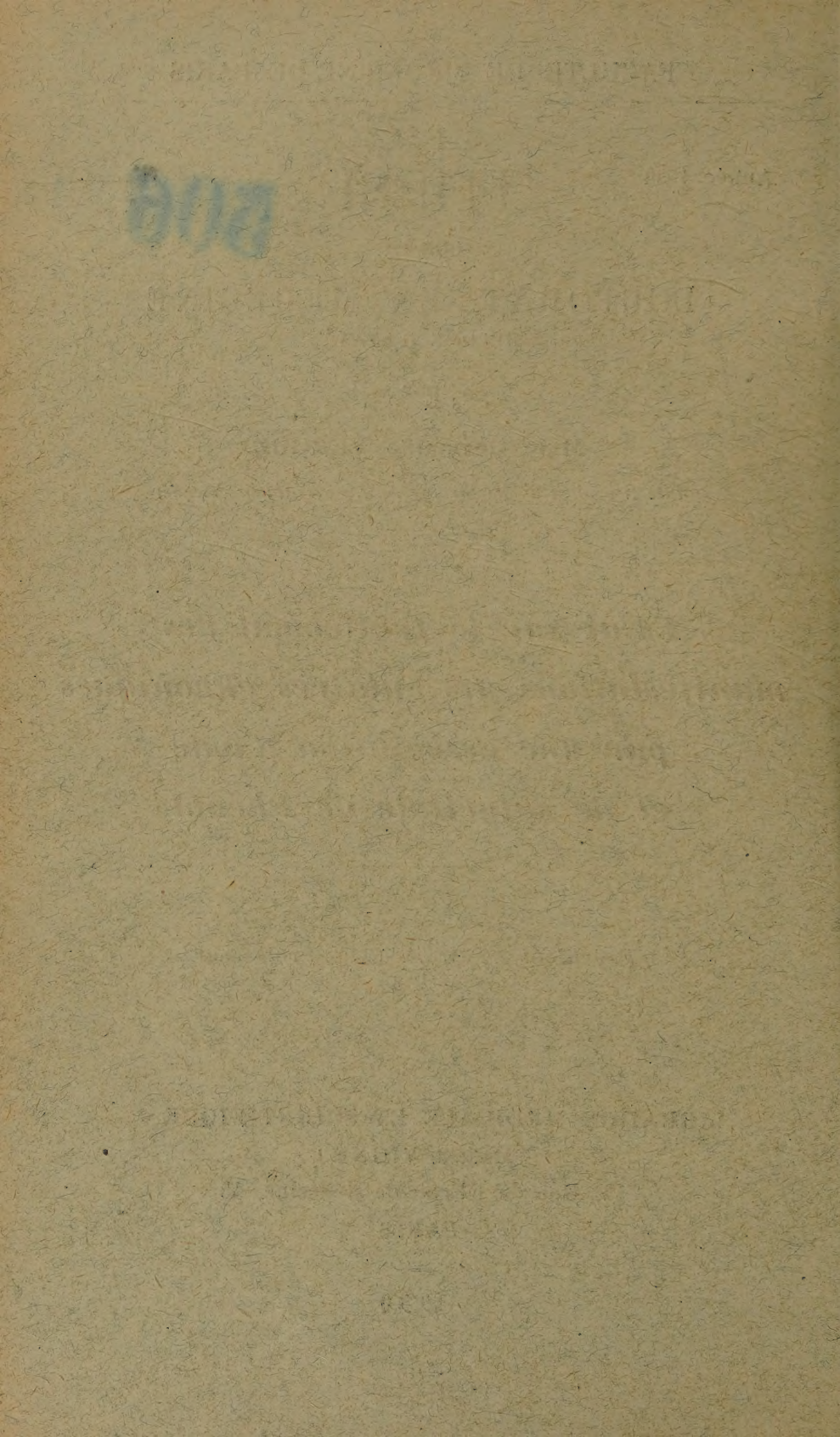
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1930



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930
—

THESE

N° —
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Mme Germaine VERGOZ

Née Reboul, le 2 Octobre 1899, à Limoges (Haute-Vienne)

*Essai sur le traitement des
manifestations articulaires chroniques
par une association d'iode
et de salicylate de Phénol*

Président : M. BEZANÇON, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

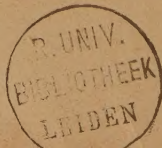
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1930

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON
	ACHARD
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELbet
	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVLLAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
BIET	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
	Dermatologie et syphiligraphie.
SÉZARY	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Obstétrique.
VAUDESICAL	Ophthalmologie.
VELTER	Histologie.
VERNE	Obstétrique.
VIGNES	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ALGLAVI.....	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique obstétricale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
METZGER	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agréé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MARI

LE CAPITAINE VERGOZ

Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre
Détaché à l'Ecole Supérieure de Guerre

A MES DEUX FILS

A LA MEMOIRE DE MON PERE

CAPITAINE REBOUL

Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre
du 9^e Cuirassiers
Tombé au Champ d'Honneur, le 6 mai 1917

A MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

MÉDECIN-COMMANDANT VERGOZ

de l'Infanterie Coloniale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Décédé le 2 juin 1917

A MA BELLE-MERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE LIMOGES

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE LIMOGES

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT D'HYGIENE DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse, en témoignage de
notre profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MATHIEU-PIERRE WEIL

Médecin des Hôpitaux de Paris
Chef de Laboratoire du Service de Clinique
de M. le Professeur Bezançon.

*Qui a inspiré et dirigé ce travail. Nous le
prions de bien vouloir trouver ici l'ex-
pression de notre infinie reconnaissance
pour tous les bienfaits que nous avons
retirés de son enseignement et pour la
grande bonté avec laquelle il nous a gui-
dée.*

INTRODUCTION

Ayant eu l'heureuse fortune, en fin de nos études médicales, d'approcher Mathieu-Pierre Weil, puis le bonheur de pouvoir travailler à ses côtés, nous avons été vivement intéressée par les études systématiques qu'il poursuit des affections articulaires.

Dès le début de nos études médicales, celles-ci avaient retenu notre attention : elles nous paraissaient inaccessibles aux ressources de l'art.

Mais, d'une part, auprès de Mathieu-Pierre Weil, nous avons été étonnée de la considérable fréquence de ce processus morbide, constamment rencontré dans la clientèle hospitalière, tant dans nos services que dans nos consultations externes.

On ne peut, en effet, ne pas être profondément frappé de la proportion tout à fait remarquable de malades qui viennent pour des manifestations douloureuses articulaires. Aussi nous nous représentons très bien tout l'intérêt de la lutte que mènent, contre ce fléau, au même titre que contre la tuberculose, les pays où fonctionnent déjà depuis de nombreuses années les caisses sociales.

D'autre part, auprès de notre Maître, nous nous sommes rendue compte que cette maladie rhumatis-

male n'était ni aussi mystérieuse que certains se plaisent à le dire, ni autant au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Bien au contraire, nous avons été frappé de la multiplicité des formes sur lesquelles un traitement approprié avait une action indiscutable. Captivée par ce problème, nous avons essayé avec Mathieu-Pierre Weil l'action d'un certain nombre de substances chimiques.

Parmi toutes, deux plus spécialement ont retenu notre attention : l'Iode et le Salol.

Après les avoir longtemps employés isolément, nous avons ensuite tenté d'utiliser leur association.

C'est à la présentation de cette thérapeutique un peu particulière que nous désirons consacrer notre thèse.

PLAN

I.

*Intérêt de la notion étiologique pour le traitement
des affections dites rhumatismales.*

II.

*De l'insuffisance des thérapeutiques spécifiques dans
le traitement des affections rhumatismales.*

III.

Iode.

IV.

Salol.

V.

Intérêt de l'association Iode et Salol.

VI.

Observations cliniques.

VII.

Conclusions.

I

INTÉRÊT DE LA NOTION ÉTIOLOGIQUE POUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DITES RHUMATISMALES.

Aussi superflu que puisse apparaître le principe de baser sur l'étiologie la thérapeutique des affections articulaires, il faut reconnaître, qu'en la matière, cette notion n'a pas constamment dirigé les auteurs qui se sont occupés de la question.

Le fait tient à deux causes :

La première c'est cette idée, qui régna pendant des siècles, que ces affections sont liées à une cause univoque. C'est la vieille idée galénique.

Les atteintes articulaires sont dues à un principe mystérieux, mais toujours le même.

C'est au nom de cette conception que goutte et rhumatisme ont été si longtemps confondus.

Si l'école hippocratique a mieux distingué les différentes manifestations arthritiques, sa classification était uniquement chimique et non étiologique. Or, cette conception uniciste, nous la retrouvons encore aujourd'hui. Beaucoup d'auteurs, même en France, interprètent ces processus articulaires comme

un mode réactionnel dont les causes peuvent être variées, mais où la notion étiologique a perdu ses droits.

L'interprétation pathogénique des affections focales domine totalement la question du rhumatisme. Et si une certaine réaction commence à se dessiner parmi quelques auteurs, d'autres veulent voir dans le streptocoque la cause de tous les processus dont l'articulation est le siège, à l'exception, certes, de la tuberculose, de la syphilis et la blennorrhagie: mais en déniaut à celles-ci un rôle important et en les rejetant par ailleurs hors du cadre du rhumatisme.

D'autre part, il faut reconnaître que pour un certain nombre les causes des affections rhumatismales sont de connaissances relativement récente et même que quelques-unes prêtent encore à discussion.

Il n'en est pas moins vrai que pour nous le plus grand nombre peut être rattaché à une étiologie définie. A ce point de vue, nous croyons, avec Mathieu-Pierre Weil, que quatre groupes de facteurs interviennent d'une manière prépondérante :

- Les traumatismes ;
- Les infections ;
- Les troubles dyscrasiques ;
- Les phénomènes endocriniens.

Plus accessoirement :

- Les phénomènes vasculaires ;
- Les troubles protéiniques ;
- Les carences.

Le premier devoir du médecin, en présence d'une manifestation articulaire, est donc de s'efforcer de retrouver la cause. Elle domine tout le traitement.

Il y en a deux, entre autres, auxquelles il faut toujours penser :

Les traumatismes.

Certes, lorsqu'on voit apparaître une arthrite de l'épaule à la suite d'une luxation de la tête humérale, ou du genou à la suite d'une fracture de la rotule, on ne saurait se méprendre quant à la cause.

Mais les grands traumatismes ne sont pas les seuls qui puissent être générateurs d'arthrites traumatiques. C'est ainsi que des phénomènes ostéo-articulaires seront parfois la conséquence d'une simple laxité ligamentaire.

Dans le même cadre, on peut ranger les arthrites professionnelles, résultant de la répétition de micro-traumatismes, telles l'arthrite du coude du forgeron, l'arthrite vertébrale du mineur.

Et l'on conçoit toute l'importance de supprimer ces traumatismes légers et répétés, d'apparence banale, donc d'avoir reconnu leur rôle étiologique.

Les infections.

On sait que celles-ci de quelque nature qu'elles soient peuvent déterminer des manifestations articulaires. Il en est qui ont plus particulièrement le privi-

lège de les déterminer : La plupart des pyogènes par exemple. Mais très souvent il s'agit d'infections très atténuées, de diagnostic difficile et l'on ne saurait nier dans le traitement de leurs conséquences articulaires, un rôle important à leur thérapeutique générale, telle la vaccinothérapie, entre autres.

A côté de ces deux causes principales, insistons encore sur l'intérêt de reconnaître l'origine *endocrinienne* de certaines arthrites.

Beaucoup d'auteurs se sont plaints du fait que, dans de tels cas, l'opothérapie ne donnait pas les améliorations espérées ; mais cependant chez les jeunes sujets qui si souvent souffrent de douleurs articulaires, dites de croissance, une telle médication donne des résultats remarquables.

Là encore, nous voyons l'importance d'une thérapeutique basée sur l'étiologie.

Enfin, si la *goutte*, dans sa forme typique, a été nettement séparée du cadre nosologique des affections rhumatismales, on tend à reconnaître à l'heure actuelle, que nombre de phénomènes douloureux articulaires, d'apparence banale, doivent lui être rattachés.

Certes, les tophi font là constamment défaut et, d'autre part, ces malades ne réagissent pas aussi nettement à la colchique que les gouteux véritables. Mais une légère hyperuricémie, une oxalémie légèrement augmentée, une hypercholestérolémie de règle, l'élévation du taux des albumines du sang tan-

dis que la fonction rénale demeure parfaite, prouvent leur étiologie.

Et si, dans ces cas, le traitement colchique, les cures hydrominérales sont insuffisants, ils n'en sont pas moins très utiles.

II

DE L'INSUFFISANCE DES THÉRAPEUTIQUES SPÉCIFIQUES DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS RHUMATISMALES

Ayant montré, dans le chapitre précédent, combien le thérapeute devait se préoccuper de l'étiologie, il faut cependant reconnaître un certain nombre de faits.

Tout d'abord il existe bien des manifestations articulaires dont la cause échappe.

Entre autres, un de ces types cliniques est de ce point de vue particulièrement déconcertant. C'est celui que Mathieu-Pierre Weil dénomme, pour bien montrer son individualité, la polyarthrite chronique, symétrique, progressive, l'ancien rhumatisme chronique déformant de Charcôt.

De même certaines ostéo-arthrites.

Dans ce cadre, la difficulté dépend de deux ordres de faits différents.

Pour les unes, le système nerveux intervient, leur symétrie est en effet remarquable, de même que les troubles trophiques.

Les autres surviennent chez des gens âgés. Au cours de leur vie, de nombreux processus pathologiques susceptibles de léser les articulations se sont

produits : l'arthrite en est la résultante. C'est dire toute la difficulté d'en reconnaître la cause précise.

Récemment, on a décrit des arthrites mixtes. Nous ne sommes pas du tout certaine que plusieurs causes se combinent simultanément pour déterminer celles-ci. Mais nous pouvons admettre que sur une arthrite d'étiologie définie un nouveau processus puisse se greffer.

Si nous ne croyons pas à l'unicité du rhumatisme, si pour nous ce mot usuel de rhumatisme ne vaut pas plus que celui de pneumopathie par exemple, il faut cependant reconnaître que les articulations, comme tous les tissus, n'ont vis-à-vis de tous les processus qui peuvent les léser, qu'un nombre limité de modes réactionnels. En présence d'une étiologie hautement différenciée, la lésion anatomo-pathologique peut manquer, à moment donné, de spécificité.

Ceci montre qu'autant il serait fallacieux de la part du thérapeute de ne vouloir considérer les arthrites que sous l'angle étiologique, autant il serait erroné de nier toute action au repos pour les arthrites traumatiques, aux anti-infectieux pour celles d'origine microbienne, à l'opothérapie pour les arthrites endocriniennes, au régime pour celles qui relèvent de troubles du métabolisme. D'autre part, personne ne saurait négliger le rôle des médications aspécifiques telles que chaleur, analgésiques, pratiques hydro-minérales.

Ces considérations nous semblent justifier l'étude de l'iode et du salol.

III

IODE.

S'il est un médicament qui, en matière de thérapeutique articulaire, est d'un intérêt fondamental, c'est bien l'iode.

Ce fait fut d'ailleurs reconnu depuis des siècles : On a trouvé des prescriptions médicales, parmi les plus anciennes à notre connaissance, comportant de l'iode sous forme d'éponges calcinées.

Cependant, ce fut Courtois qui l'isola des eaux-mères des cendres de varechs.

Puis Baumann le trouva dans le corps thyroïde.

Il est certes inutile d'entrer là dans le détail des propriétés physiques et chimiques d'un corps aussi parfaitement connu.

Plus intéressante est son action pharmaco-dynamique, néanmoins parfaitement étudiée par Gley, Bourcet, Pouchet, Lortat-Jacob, M. Labbé.

Nous en résumerons cependant les caractères essentiels : ils éclairent singulièrement son mode d'action dans les affections rhumatismales chroniques.

Avant tout, c'est un antiseptique et un anti-toxinique.

Mais il agit également sur la nutrition. Il est, en

effet, le médicament spécifique du tissu lymphoïde dont il provoque l'hyperactivité. Il déclanche une hyperleucocytose, suivie de mono-nucléose (Lortat-Jacob).

Il possède une action stimulatrice sur les processus de désassimilation (Henri Jean, Corin, Davaine, Pouchet).

Enfin et de même son action sur la circulation, sur les glandes endocrines, sur le métabolisme général n'est plus à démontrer.

On conçoit facilement combien ces différentes propriétés sont utiles pour le traitement des arthrites chroniques, aussi bien infectieuses que traumatiques, où le processus vasculaire a été bien démontré, mais encore celles relevant de troubles endocriniens, de troubles dyscrasiques.

Nous ne sommes donc pas étonnée que l'iode ait un rôle résolutif absolument remarquable et l'expérience a prouvé qu'il est bien l'agent thérapeutique de choix des ostéo arthrites d'étiologie plus ou moins imprécise, mais aussi des ostéo-arthrites spécifiquement définies, telle la maladie rhumatismale. (F. Bezanson et Mathieu-Pierre Weil).

Dans ces affections, il agit de façon extraordinairement rapide à la période d'état, mais plus encore à leurs décours, phase si souvent désespérante par sa durée.

Il faut reconnaître, cependant, que son intérêt est beaucoup moins considérable dans les polyarthrites chroniques, progressives, symétriques.

En résumé, il semble tout particulièrement indiqué chaque fois qu'il y a un processus éliminatif à déclancher.

Quant à son administration, on a depuis longtemps déjà étudié les avantages et les inconvénients de ses différentes formes, des différentes voies d'introduction dans l'organisme.

Les composés iodés employés sont en effet très nombreux.

Les premiers furent l'I K, l'I Na, puis le sirop iodotannique, le sirop d'iodure de fer, le sirop iodotanné-phosphaté, l'iodo-arsénié, enfin, les iodures associés à la teinture d'iode.

Par ailleurs, la pratique montre que dans les affections dites rhumatismales chroniques, les doses d'iode utilisées devaient être importantes.

Or, par voie buccale, à ces doses et sous ses formes les plus simples, l'iode a donné lieu à une série de manifestations toxiques.

Ces accidents d'iodisme sont bien connus et nous n'insisterons pas sur les troubles gastriques, pulmonaires, cutanés, parotidiens, thyroïdiens qui les traduisent. S'ils sont le plus souvent bénins; on en a signalé de fort graves, voir même mortels.

Au contraire, les composés iodés sont beaucoup mieux supportés. La voie hypodermique ou intramusculaire supprime les accidents gastriques. Quant aux autres accidents d'iodisme, ils sont ainsi beaucoup plus rares, même pour des doses importantes et répétées.

C'est là un fait d'expérimentation clinique depuis longtemps vérifié par nombre d'auteurs.

C'est donc à un composé iodé administré par injection intra-musculaire profonde, que nous nous sommes adressée pour le traitement des affections dites rhumatismales chroniques.

IV

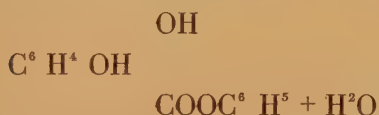
SALOL

Le salol fut déjà, à la fin du siècle dernier, l'objet de nombreuses études thérapeutiques et donna sujet à de nombreuses publications, malheureusement en partie oubliées depuis.

Il fut connu à la suite de la communication, faite à l'Académie de Médecine, en 1877, par G. Sée.

Sa préparation fut le sujet de la thèse de Lombard, en 1887.

Il répond à la formule :



Il est donc constitué par une combinaison de phénol et d'acide salicylique réalisée par Nenki, de Genève.

Physiquement c'est une poudre blanche, onctueuse au toucher, insoluble dans l'eau, la glycérine, soluble dans l'éther, le chloroforme, la benzine, l'essence de térébenthine, les huiles fines et volatiles, dans 25 fois son poids d'alcool à la température ordinaire.

Au microscope polarisant, il apparaît sous la forme de lamelles losangiques, prismes orthorhomboïques, très aplatis.

Mais dès cette époque (1889), Léger attire l'attention sur une combinaison de salol et de camphre obtenue par chauffage à parties égales. Ce produit est un liquide incolore, de la consistance de la glycérine. C'est le salol camphré, infiniment plus maniable que le salol.

Aussi ne sera-t-on pas surpris de voir le camphre entrer dans la composition du produit que nous utilisons.

Mais quelle est l'action du salol sur l'organisme ?

D'après les travaux de Sahli, de Lépine, d'Aubert, il se dédouble sous l'influence des humeurs alcalines en phénol et acide salicylique.

L'action du salol sur la respiration est nulle.

La circulation, d'après Sée et Lombard n'est pas influencée en ce qui touche le rythme, la fréquence et la force des contractions cardiaques.

Quant aux reins, Kobert et Hesselbach, ont signalé, il y a déjà longtemps, les dangers que présenterait le salol absorbé à doses très élevées et il a attribué les accidents qui se produisent à l'acide phénique.

Les proportions de la formule que nous utilisons ne peuvent faire redouter de tels accidents.

Plus intéressantes sont les propriétés antiseptiques du salol. Elles sont reconnues depuis longtemps puisque Pêrier et Patein le substituent à l'iodoforme en thérapeutique chirurgicale dès 1887.

Par ailleurs, on connaît bien l'usage du salol comme antiseptique urinaire.

Mais c'est aussi un antithermique et surtout un antinervin. Cette propriété sédative de la douleur n'est certes pas à négliger dans le traitement des affections que nous étudions là.

Ce fut encore un antirhumatismal articulaire aigu.

Mais surtout à cette époque, plusieurs auteurs notent son action remarquable dans les affections rhumatismales subaiguës, tendant à la chronicité, sans toutefois attribuer à ce fait toute la valeur qu'il mérite.

On voit combien ce corps est voisin du salicylate. Mais il a l'énorme avantage d'être injectable dans les régions profondes intra-musculaires sans la moindre douleur.

V

INTÉRÊT DE L'ASSOCIATION IODE ET SALOL

Il peut paraître étonnant que des médicaments aussi intéressants n'aient pas été depuis longtemps associés. Il faut reconnaître, cependant, que l'iode, s'il fut dès la plus haute antiquité employé dans les affections rhumatismales de façon empirique, ne fut administré rationnellement que depuis un nombre d'années relativement court.

On est, en effet, stupéfait, à la lecture de traités étrangers, et tout particulièrement anglo-saxons, de la part infime accordée à ce médicament. Certains ouvrages importants sur le traitement de ces arthrites n'en font même par mention.

Par ailleurs, nous l'avons vu, si le salol fut en vogue à la fin du siècle dernier, dans la thérapeutique des affections rhumatismales, les auteurs qui s'en occupèrent n'envisagèrent que les formes aiguës. Et s'ils mentionnent l'intérêt de l'action du salol dans les formes subaiguës et à tendance chronique, ce n'est que de façon toute accessoire et sans avoir fait une répartition nette entre maladie de Bouillaud et affections dites rhumatismales chroniques.

Néanmoins, la connaissance de ces travaux nous

donna l'idée d'utiliser ce produit isolément et parallèlement à l'iode. Puis ayant appris, par les travaux de Govaerts, que la combinaison iode-salol était possible, nous cherchâmes à en tirer profit.

Nous avons donc cessé d'administrer le salol par voie buccale, heureuse d'introduire en une même injection l'iode et le salol. Nous avons, d'ailleurs, déjà noté que, utilisés simultanément, ces deux produits renforçaient mutuellement leur action propre.

La composition sur laquelle nous avons fixé notre choix, après de nombreux essais, est la suivante :

Iode pur	0,10 cgr.
Salyc. de phénol.....	1 gr.
Camphre	0,02 cgr.
Huile d'olive Q. S. pr.....	5 cc.

C'est un produit huileux, parfaitement transparent, stable, fluide, facile à manier et à injecter, toujours indolore en prenant la précaution de dépasser le tissu cellulaire sous-cutané, et de ne pas en déposer là en retirant l'aiguille.

Ce produit a toujours été remarquablement toléré par tous nos malades, la souffrance à l'injection est absolument nulle sous la condition de ne pas les répéter au même point, et avec les précautions précitées.

Nous n'avons ainsi jamais eu le moindre incident. Nous nous plaisons à répéter que les accidents d'iodisme, même les plus légers, n'ont encore jamais été observés, ceci après les plus longues séries d'in-

jections à 5 et même 10 cc. pratiquées quotidiennement.

D'ailleurs, nos observations prouvent que, dans la majorité des cas, il suffit de séries de 10 injections à 5 cc., reprises au besoin, après deux à trois semaines de repos médicamenteux.

Avec ce produit nous avons traité un certain nombre de manifestations articulaires appartenant à toutes les classes étiologiques auxquelles nous avons fait allusion précédemment — et du point de vue anatomo-pathologique aux

Arthrites,
Ostéo-arthrites,
Péri-arthrites.

Nous allons essayer de tirer de notre expérience des déductions que nous croyons exactes.

1° *Arthrites traumatiques.*

Dans la première période de leur évolution, il est inutile d'utiliser ce médicament. Mais à la phase chronique d'ostéo-arthrite son emploi nous a donné des résultats remarquables.

2° *Arthrites infectieuses.*

Là le rôle de l'association iode-salol nous paraît hautement intéressant, surtout à la phase où ces arthrites se compliquent d'infiltrations de la synoviale, d'adhérences, de lésions du tissu péri-articulaire.

Et de fait, dans un grand nombre de cas d'arthrites blennorragiques tardives, d'arthrites secondaires des infections focales, les guérisons obtenues furent surprenantes de rapidité.

Il ne faut pas croire en effet, ainsi que nous avons essayé de le montrer, que seul le traitement étiologique agisse.

Il survient au cours de ces arthrites des lésions aspécifiques pour le remaniement desquelles le produit que nous étudions est entièrement satisfaisant.

Il ne faut cependant pas oublier que même au cours des phases évolutives plus précoces, le pouvoir antiseptique du Salol fait de notre association une arme thérapeutique efficace.

Les auteurs anglo-saxons ont été trop tentés de croire que dans le rhumatisme, d'origine dentaire ou amygdalienne par exemple, l'ablation du foyer suffirait à tout remettre en état. Cela n'est vrai qu'à une phase précoce, plus tard un tel traitement ne saurait guère donner les résultats espérés.

Au contraire, à ce moment commence la difficulté thérapeutique. C'est une théorie que Mathieu Pierre Weil a toujours soutenue. Et nous voyons avec satisfaction qu'à l'heure actuelle la littérature anglo-saxonne tend à l'admettre.

3° *Rhumatisme goutteux.*

Nous avons déjà insisté sur la considérable fréquence des manifestations goutteuses arthritiques à

forme d'arthrite chronique. Là encore la médication iodo-salolée est active.

4° *Rhumatisme endocrinien.*

Connaissant l'action de l'iode sur le fonctionnement endocrinien, sa valeur en thérapeutique articulaire, on ne sera pas surpris que nous affirmions l'efficacité remarquable du produit que nous proposons, en de tels cas.

En résumé, spécifiques dans leurs conditions étiologiques, les manifestations articulaires perdent au cours de leur évolution leurs caractères anatomo-pathologiques spécifiques, et bien que notre médicament ne soit pas dénué d'action dans les phases aiguës ou subaiguës de ces processus, il devient l'un des agents thérapeutiques, et non des moindres, de ces affections arrivées à leurs phases tardives, c'est-à-dire de ce que bien à tort on a appelé le rhumatisme chronique.

VI

OBSERVATIONS CLINIQUES

Première observation

Madame W., 54 ans, Hôpital Saint-Antoine, service de M. le Professeur Bezançon.

Malade d'apparence normale, dit avoir maigri de 14 kilog. depuis 2 ans.

Examen.

Gros genou, surtout le gauche. Mouvements douloureux, empâtement des tissus. Hydarthrose légère sans modification des téguments.

Poignets légèrement augmentés de volume.

Les mouvements en sont limités. Au niveau du pouce élargissement de l'articulation métacarpo-phalangienne. Laxité de l'articulation phalango-phalangienne. La malade luxe à volonté la phalangette.

Légère limitation des mouvements de l'épaule. Grosse difficulté à la marche.

T. A. 13-8. Malade a eu 24 à un moment.

Epistaxis répétés, il y a 4 ans, coïncidant avec

cette hypertension. Tension descend à 19 l'année dernière.

Rien à l'auscultation du cœur.

La palpation de l'abdomen réveille une douleur dans la région appendiculaire.

Rien du côté de la vésicule.

Appareil respiratoire normal.

Très bonnes dents, mais amygdales énormes, rejoignant presque la luette et anfractueuses, à l'origine d'angines multiples et d'abcès depuis l'enfance.

Poids : 63 k. 400 (a pesé 75 kg.). Taille 1 m. 58.

Début. Il y a eu un an en septembre.

Douleurs généralisées à toutes les articulations, s'exagérant la nuit. Pas de modifications des tégu-ments.

A. P. 1^{re} crise il y a 8 ou 10 ans, temp. 40. Début brusque. Prédominance : d'abord aux articulations du côté droit, puis après quelques mois, passant du côté gauche. Reste alitée 8 mois, traitée par le Salic. de Na per os et friction. La guérison semblait à peu près complète jusqu'à ces deux dernières années où les douleurs se sont manifestées d'abord de temps à autre, sans rapport avec les conditions atmosphériques. La malade insiste sur ce fait qu'elle souffrait d'une façon générale plus l'été que l'hiver. La chaleur exacerbe ses douleurs.

Phlébite bilatérale après un accouchement il y a 34 ans (fièvre puerpérale, alitée 18 mois).

Il y a 3 ans, nouvelle phlébite gauche qui la tient alitée 2 à 3 mois.

La malade conserve de gros cordons variqueux, surtout à gauche, où à la face interne de la jambe, on voit le reliquat d'un ulcère variqueux.

La malade insiste sur ce fait, que dès son enfance elle a présenté des angines multiples avec abcès amygdaliens. Elle a très souvent des angines, encore actuellement. Durant sa phlébite, il y a 3 ans, un examen d'urine avait décelé la présence de 100 gr. de sucre. Traitée par le régime : chute à 5 gr. puis remontée à 54 gr.

La malade présente de la polydipsie, polyurie, et un appétit qu'elle réfrène. Outre ces différents incidents, la malade a présenté, après une chute sur la région occipitale à l'âge de 7 ans, des convulsions et du strabisme convergent.

A. H. Mère diabétique les dernières années de sa vie.

Père mort de l'influenza. Frères et sœurs bien portants. Une sœur de 65 ans.

Laboratoire.

15 juillet 1930. — Sucre : 18 gr. par 24 heures.

15 octobre 1930. — Sucre : 54 gr. par 24 heures.

Albumine : 0.08.

Pas d'acétone.

Sédimentation : juillet 1930.

Extrêmement rapide : processus inflammatoire aigu, grave.

Examen du sang : juin 1930.

G. R.	3.891.000
G. B.	7.100
Eosino	1,5 o/o
Lymphocytes moy.	6,5
Mono moy.	24
Poly	64

Urines, sucre : 18 gr. 16 par litre.

En résumé : Arthrite du genou gauche et du poignet gauche. Arthrite infectieuse d'origine amygdalo-appendiculaire. Ancienne obèse « diabétique héréditaire ».

La malade a été très améliorée par 2 séries d'injections de notre médicament iodo-salolé.

Deuxième observation

Madame P., 80 ans. Sainte-Périne.

Vient consulter pour douleurs dans les deux pieds.

Les articulations tibio-tarsiennes, médio-tarsiennes, métatarso-phalangiennes sont très douloureuses, presque complètement bloquées, avec craquements.

Pas de phénomènes périarticulaires.

Quelques douleurs vertébrales.

Craquements au niveau des 2 genoux, avec infiltration des tissus périarticulaires.

Très bon état général. Pas de température. Rien d'autre à signaler.

Les radiographies n'ont pas été pratiquées.

A. P. Elle souffre depuis 22 ans. Elle a eu de nombreuses poussées, toujours aux pieds. Depuis l'âge de 30 ans fait une succession d'abcès alvéolaires qui s'accompagnent chacun de la chute d'une dent, de longues poussées de péri-alvéolite.

Par ailleurs, bronchites à répétition.

A. H. Rien.

Laboratoire : sédimentation très rapide, formule sanguine normale.

Traitement : iodo-salolé 6 septembre-18 septembre 1930 : 10 injections de 5 cc. Dès les premières injections la marche redevient possible. Les articulations sont plus souples. Amélioration remarquable le 18 septembre. Seuls les craquements persistent. La malade, revue le 15 novembre, se déclare entièrement satisfaite de notre traitement.

En somme c'est le type d'une ostéo-arthrite chronique infectieuse, d'origine dentaire.

Troisième observation

Monsieur L., 39 ans, agent de l'A. P.

En 1920 blennorragie devenue chronique. Dès le début de la gonorrhée, localisations rhumatismales multiples ; genou droit, poignets, temporo-maxillaire droite, talalgie bilatérale.

En 1925 nouvelle poussée :

Epaulé gauche,

Coude gauche,
Genou droit,
qui guérissent sans séquelles.

En juillet 1930, lorsque nous le voyons, poussées douloureuses au niveau des deux genoux et du poignet gauche.

Ces articulations sont augmentées de volume, douloureuses à la pression et aux mouvements.

Ceux-ci sont limités. Il y a infiltration des tissus périarticulaires, craquements aux mouvements.

Léger épanchement dans les deux genoux.

Amyotrophie marquée, pas de temp.

Bon état général.

Gonorréaction très positive.

Pas de syphilis.

Pas de tuberculose.

Pas de signes d'alcoolisme.

Aucun antécédent personnel particulier.

A. H.

Arthritiques et goutteux.

Traité le 17 juillet 1930 par notre produit 10 cc. chaque jour, 10 injections.

Le 21 juillet, sédation remarquable des douleurs.

Les mouvements sont déjà plus faciles.

Le 27 juillet tout est rentré dans l'ordre.

Il persiste cependant des craquement nets, et si l'infiltration périarticulaire a bien diminué, elle n'a pas complètement disparu.

Nouvelle série le 20 août, puis le 25 septembre.

Entre temps on a fait 2 séries de vaccin antigono. Actuellement notre malade ne souffre pas et a un jeu parfait des articulations atteintes.

Quatrième observation

Madame R., 68 ans, Sainte-Périne.

A la suite d'une fracture transcervicale fémorale droite (le 5 février 1930), traitée par enchevillement le 12 février 1930 dans le service de M. le Professeur Delbet, commence à souffrir de la coxo-fémorale droite 3 mois 1/2 après l'accident.

Ses douleurs augmentent progressivement malgré 3 cachets de 0 gr. 50 d'atophan chaque jour.

Limitation douloureuse des mouvements de la hanche.

Dès le 5^e jour de notre traitement (10 cc.) amélioration, disparition presque complète de la douleur, en particulier des douleurs nocturnes.

Cet état persiste encore le 18 novembre 1930, moment où on recommence une nouvelle série.

Cinquième observation

Madame G., 78 ans, Sainte-Périne.

Le début de ses manifestations articulaires remonte à 11 ans. En 1919 en descendant du tramway : douleur brusque, en coup de fouet, dans le genou droit. Impotence subite et complète. Repos complet pendant 2 mois : pointes de feu, massages.

Depuis, n'a jamais récupéré ses mouvements.

A chaque fatigue, le genou devient douloureux, augmente de volume, mais les douleurs disparaissent au cours d'une marche d'environ une demi-heure, pour reprendre, il est vrai, beaucoup plus intensément au repos qui succède à cet effort.

Examen.

Genou droit volumineux.

Rebord droit du plateau tibial nettement déformé.

Tissu périarticulaire infiltré, chaleur locale par comparaison au côté opposé.

Amyotrophie, flexion très limitée et douloureuse.

Extension à peu près complète. Pas d'adénopathie.

Autres articulations.

Absolument normales, sauf cependant les articulations phalango-phalanginiennes des deuxièmes et troisièmes doigts, augmentées de volume, plus à gauche qu'à droite.

Radiographie.

Genou droit : décalcification des épiphyses fémorales et tibiales, irrégularité des surfaces articulaires, ostéophytes nombreux.

Examen général.

T. A. 21-10.

Cœur normal.

Autres appareils normaux.

A noter une sciatique gauche au mois de janvier

1930, durant un mois et demi. Aucun fait pathologique saillant jusqu'alors.

Traitement.

28 septembre-15 octobre : 15 injections de 10 cc.

Au sixième jour : sédation de toutes les douleurs.

Cette malade, revue le 11 novembre, n'a plus souffert depuis ce traitement.

Il s'agit bien là d'une ostéo-arthrite traumatique. Les résultats donnés par notre médicament sont nets.

Sixième observation

Monsieur R., 54 ans, Sainte-Périne.

Cultivateur jusqu'à 25 ans, ensuite agent de l'A. P.

Souffre depuis deux ans des deux genoux sans grandes crises ; douleurs surtout après la fatigue, mais souvent aussi après des périodes de repos.

Douleur rendant la marche parfois très pénible ; dans l'ensemble plus marquées du côté gauche, d'ailleurs le premier atteint.

Examen.

Genoux secs. Pas de points douloureux bien localisés, pas de déformations, pas de modifications des tissus périarticulaires, pas de chaleur locale, pas de mouvements anormaux de latéralité, pas d'adénopathie ; craquements nets à la mobilisation.

Les autres articulations sont indemnes.

Radiographie.

Légères déformations en « coups d'ongle » sur le contour fémoral. Ostéophytes au niveau supérieur de la rotule gauche.

Examen général.

Diminution de la respiration à droite.

Rien à signaler pour les autres appareils.

A. P.

Pas de stigmates de syphilis et de blennorragie.

Pleurésie a frigore à 35 ans.

Paratyphoïde à 46 ans.

Les douleurs articulaires apparaissent en même temps que la diminution progressive et rapide de la puissance génitale.

A. H.

Père mort de fluxion de poitrine à 66 ans.

Souffrait de lumbago et d'arthrites.

Mère : aucun renseignement précis.

Collatéraux.

Un frère « rhumatisant ».

Sœurs : rien à signaler.

Traitement.

Par l'association iodo-salolée, 15 juin 1930.

15 injections quotidiennes de 5 cc.

Sédation des douleurs nette au 8^e jour.

Malade revu au début de novembre, n'a jamais souffert depuis ce traitement.

Ces phénomènes articulaires chroniques survenant parallèlement à une déficience orchitique sans autres causes précises, on avait émis il y a un an, l'hypothèse du rhumatisme endocrinien. L'opothérapie n'avait donné qu'une amélioration infime et transitoire.

Septième observations

Madame F., née en 1836, Sainte-Périne.

Souffre depuis de longues années de presque toutes ses articulations et surtout des genoux.

Genou gauche.

Légèrement augmenté de volume, douloureux à la pression, aux mouvements. Ceux-ci sont d'amplitude presque normale, s'accompagnent de légers craquements.

Pas d'épanchement.

Pas de modifications périarticulaires.

Peau fine et lisse.

Genou droit.

Très hypertrophié, très impotent, très douloureux. Infiltration périarticulaire, gros craquements.

Coxo-fémorale.

Mouvements limités et douloureux.

Pieds.

Toutes les articulations sont douloureuses à la mobilisation.

Mains.

Articulations volumineuses, surtout celles des 2 index, craquements, flexion limitée.

Poignets.

Mouvements limités, infiltration périarticulaire.

Epaule. Craquements.

Examen général.

T. A. 22-11.

Cœur. Quelques signes d'I. V. G.

Appareil pulmonaire : Rien.

Constipation marquée.

S. N. : Rien à noter.

A. P. Règles à 12 ans, abondantes et très douloureuses. A 52 ans, ménopause avec très nombreux troubles. Début de l'hypertension artérielle à cette époque. Subit depuis de grosses variations. A 53 ans : hydarthrose du genou droit très abondante sans précision étiologique. 7 à 8 ans après : hydarthrose du genou gauche. A 60 ans : première crise de coliques néphrétiques. Depuis la malade en a eu 5 ou 6 espacées de plusieurs années. A 72 ans : crise de sciatique droite : immobilisation, ankylose du genou qui cède aux massages.

A. H. Père « rhumatisant ».

Collatéraux : Une sœur très rhumatisante.

Traitement iodo-salolé : 3 juillet 1930, 10 injections de 10 cc.

Le 10 juillet : amoindrissement des douleurs, diminution notable de l'impotence.

Cet état persiste depuis lors. On a d'ailleurs pratiqué de nouvelles séries de 10 injections aux mêmes doses le 25 août et le 5 octobre. Ici, manifestations rhumatismales qui ont débuté après une ménopause particulièrement difficile, sans que l'on puisse trouver d'autres causes.

Huitième observation

Madame M., 76 ans, Sainte-Périne.

Vient consulter le 1^{er} octobre 1930 pour des douleurs lancinantes, impotence fonctionnelle absolue du genou droit.

Le genou est globuleux, le derme infiltré, épaissi, non seulement au genou, mais même au mollet et à la partie inférieure de la cuisse, genou très douloureux à la palpation, tendons articulaires douloureux à la pression. Limitation des mouvements, craquements.

Pas de liquide synovial.

Amyotrophie.

Pas de ganglions.

Genou gauche indemne.

Articulations des deux pieds douloureuses.

Douleurs vertébrales, contractures des muscles des gouttières.

Hallux valgus bilatéral.

Autres articulations : rien à signaler.

Taille 1 m. 56, poids 65 kg.

Pas de temp.

T. A. 18-8.

Cœur : 2° bruit claqué. Souffle systolique net siégeant à la pointe, à propagation axillaire.

Appareil pulmonaire : rien à signaler.

S. N. indemne.

Bucco-pharynx. Pas de lésions dentaires notables.

Amygdales normales.

Pas de troubles endocriniens cliniques.

Passé génital. Rien à signaler.

Ménopause normale sans troubles.

La radiographie ne montre rien au niveau des genoux. Quelques ostéophytes au niveau des vertèbres et des articulations tibio-astragaliennes.

A. H. et collatéraux : Rien de précis.

A. P. Aucun fait pathologique saillant au cours de son enfance.

Depuis l'âge de 18 à 20 ans, crises douloureuses articulaires, aiguës, fébriles, mal calmées par le salicylate. Une saison à Bourbonne-les-Bains effectuée vers l'âge de 40 ans semble avoir eu une influence heureuse, mais pendant quelques semaines seulement.

B. W. : négative. Gonoréaction :

Traitée par l'association iodo-salolée à raison d'une injection quotidienne de 10 cc., à partir du 5 octobre : dès le 4^e jour du traitement sédation complète des douleurs, amélioration considérable de l'impo-

tence, disparition presque totale de l'infiltration péri-articulaire. Au 15^e jour : guérison.

Seuls, quelques craquements persistent.

Nouvelle série d'injections le 2 novembre : 10 de 5 cc. Malade venue le 20 novembre. Elle se déclare entièrement satisfaite de ce traitement.

C'est là une ostéo-arthrite cliniquement bien caractérisée, dont l'étiologie est très difficile à préciser. Quoiqu'il en soit, l'action de notre traitement est indiscutable.

Neuvième observation

Madame R., 73 ans, Sainte-Périne.

Souffre depuis l'âge de 20 ans de crises articulaires douloureuses à chaque fatigue, à chaque refroidissement. Elle dit avoir fait une crise de R. A. A. bien caractérisée à l'âge de 20 ans. Actuellement, elle souffre surtout des 2 genoux, et seule, la dose quotidienne de 2 cachets d'aspirine de 0 gr. 50 lui permet de marcher sans trop de douleurs.

Examen.

Genou droit très déformé, énorme, tissu cellulaire péri-articulaire très épaissi. Tout le genou est douloureux à la pression. Les mouvements aussi bien actifs que passifs sont très diminués, s'accompagnent de gros craquements. Pas de chaleur locale.

Légère amyrophie. Pas d'adénopathie.

Genou gauche : sensiblement dans le même état, mais chaque élément est moins accentué.

Articulations digitales déformées, phalanges déviées en « coup de vent ».

Hallux valgus léger et bilatéral.

Rien à signaler pour les autres articulations. Presque toutes ont été cependant, à un moment donné, le siège de douleurs.

Radiographie.

Décalcification des extrémités fémorales et tibiales, irrégularité des surfaces articulaires du genou. Enormes ostéophytes. Presque toutes les articulations aussi bien des pieds que des mains sont entourées d'ostéophytes.

Examen général.

Cœur : souffle aortique très discret à la systole.

T. A. 19-11.

Artères légèrement scléreuses. Rien d'autre à signaler.

A. P. Hormis les nombreuses crises articulaires, pas de maladies importantes, pas de passé génital.

A. H. Père très « rhumatisant ».

Laboratoire.

B. W. Gonorréaction :

Sédimentation rapide.

G. R. 2.800.000.

G. B. Normaux.

Traitement : 15 octobre-25 octobre, une injection quotidienne de 5 cc. de notre produit. Sédation des douleurs dès les premiers jours. A la fin du traite-

ment : reprise des phénomènes douloureux. Le 15 novembre : 2^e série d'injections, résultats similaires.

Cette ostéo-arthrite avec périarthrite ne peut être due au virus de la maladie de Bouillaud seul. Très probablement nous semble-t-il d'autres processus imprécis ont surajouté secondairement leur action.

CONCLUSIONS

1. — Le problème thérapeutique des affections dites rhumatismales est dominé par la notion étiologique.

Toute classification, tout essai de traitement doivent être éminemment basés sur elle.

En présence d'une manifestation articulaire on se demandera donc de laquelle des quatre classes les plus fréquentes elle relève.

Traumatiques,
Infectieuses,
Dyscrasiques,
Endocriniennes.

2. — Quelle que puisse être l'importance de la notion de cause, elle ne saurait cependant masquer l'intérêt du mode réactionnel articulaire.

De ce point de vue, il importe de distinguer avec soins plusieurs processus.

a) Le rhumatisme véritable fluxionnaire fugace récidivant.

b) L'ostéo-arthrite processus dégénératif et à début ostéo-cartilagineux.

c) La périarthrite qui frappe les tissus entourant la jointure.

3. — Le traitement des manifestations articulaires chroniques doit être imprégné de cette double notion :

La thérapeutique spécifique vise la cause, le traitement aspécifique doit viser la résolution.

4. Nous avons étudié tout spécialement dans ce travail deux médicaments d'une haute valeur curative, l'iode et le salol.

Ce dernier fut en un temps un produit qui retint l'attention, mais dont l'emploi est malheureusement tombé dans l'oubli.

Après avoir été frappée des améliorations que l'un et l'autre de ces corps est susceptible de donner et ayant appris que leur combinaison était possible, nous nous sommes appliquée à en préciser l'emploi.

5. — Dans la maladie rhumatismale de Bouillaud, ces médicaments sont dénués d'utilité, au moins durant toute la phase aiguë de l'affection. Mais dans les périodes tardives, à la phase d'endolorissement fébrile son emploi peut accélérer la résolution définitive, il va sans dire que sur les lésions extra articulaires cardiaques par exemple il est dénué de toute activité. Dans la polyarthrite chronique, progressive, symétrique déformante décrite par Charcot, affection tenace et redoutable, il ne nous a pas non plus fourni de résultats probants.

Dans la goutte aiguë ou tophacée, ce médicament ne nous paraît pas non plus devoir jouer le premier rôle qui revient incontestablement aux médications plus nettement uriques.

Mais à côté de cette forme existe des formes atypiques excessivement fréquentes, dans lesquelles nous avons eu de bons résultats.

Mais nous ne saurions trop insister sur l'intérêt considérable de son action dans les arthrites infectieuses chroniques aux phases avancées des arthrites endocriniennes et traumatiques.

Si bien qu'en définitive cette association médicamenteuse nous apparaît comme l'une des modificateurs les plus intéressants de l'évolution des affections rangées sous le nom de manifestations articulaires chroniques.

Vu le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu le Président,
FERNAND BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Iode

- Astier*. — Formulaire et thérapeutique générale, Paris 1925.
- Atkison*. — Classement des rhumatismes chroniques et traitement. American Journal of clin. Medical, 1930.
- Bennhold*. — Un cas d'insuffisance cardiaque mortelle par intoxication thyroïdienne après usage d'Halkajod. Presse Médicale, 23 août 1926.
- F. Bettmann*. — Traitement médical de l'arthrite de forme chronique avec notes spéciales sur l'iode et le traitement avec l'huile iodée. Verhandl der deutsch orthop. gesellschaft., 1927 ; Kongress, 1928.
- Bourget*. — Recherche et dosages calorimétriques de l'iode dans les réactions organiques. C. R. A. des Sc. 1899.
- Chavany*. — Le rhumatisme chronique et son traitement. La Clinique, juillet 1926.
- Cheinisse*. — Presse Médicale, 5 mai 1923.
- Clément*. — Le rhumatisme chronique au congrès de Bath. Presse Médicale, 6 février 1926.
- Cortial*. — Journal des Praticiens, 22 mars 1924. — Revue de Pathologie comparée, 20 septembre 1925.
- J. E. Cottrell*. — L'Acide Iodoxybenzoïque Norshwest Médical. décembre 1927. — Les sels de l'acide iodoxybenzoïque A. M. J. M. Sc. nov. 1927, p. 623-633.
- Courtot*. — Journal de Pharmacie et de Chimie, 1910-1911.
- Curtil*. — Thèse Paris, 1925.
- Daniel*. — Presse médicale, 4 septembre 1919.
- Dufour*. — Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 13 mars 1919, mai 1920.
- La Médecine, mai 1921.
- Duvernay*. — Le traitement des rhumatismes chroniques. Vie Médicale, 16 février 1923.
- Eimer*. — Les dangers du traitement par l'iode Münchener Medizinische Wochenschrift, juillet 1925.

- Goris.* — Union pharmaceutique, n° 31, octobre 1912.
- Jarrin.* — Etude thérapeutique du rhumatisme chronique.
Thèse de Paris, 1927.
- De Jong et Mlle Wolff.* — Traitement des crises aiguës et sub-
aiguës du rhumatisme par le salicylate associé de l'iode.
Bull. et mém. Soc. médic. Hôpitaux de Paris, 4 décem-
bre 1925.
- Joung.* — Etude clinique des effets de l'acide iodobenzoïque.
New England J. Méd., 13 décembre 1928.
- H. Junon.* — Vie Médicale, 2 juin 1922.
- M. Labbé et Lortat Jacob.* — C. R. Soc. biolog. T. LIV, p. 830,
28 juin 1930.
- L. Lafay.* — L'iode et les iodures en thérapeutique.
- Laumonnier.* — Pharmacodynamie comparée des iodes théra-
peutiques. Revue de Thérapeutique, nov. déc. 1924.
- Le Floch.* — Association Iodo-soufrée en milieu aqueux dans
le traitement du rhumatisme chronique. Thèse, Paris
1928.
- Lortat Jacob.* — L'iode et les moyens de défense de l'organis-
me. Thèse Paris, 1903.
- Maložns.* — Bruxelles Médical.
- P. L. Marie.* — Presse Médicale, 8 juin 1926.
- Marinesco.* — Rhumatisme chronique. Nouveau traité de Mé-
decine de Roger-Widal et Teissier, F. XXII, Paris 1924.
- Maurer.* — Arch. für gynäkologie. T. CXXX, fasc. I, 27 avril
1927.
- Massé.* — Contribution à l'étude du rhumatisme endocrinien,
Presse Médicale, mai 1926.
- A. Nanta.* — Presse Médicale, 9 juillet 1927.
- Niel.* — Etude clinique et thérapeutique de quelques cas de
rhumatisme chronique. Thèse, Paris 1926.
- Pouchet.* — L'iode et les iodures, 1905.
— Traité de Pharmacologie et thérapeutique.
- Richaud.* — Traité de pharmacologie, 1922.
- Risl, Moss, Galles.* — Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpi-
taux de Paris, 31 mars 1922.
- Roger, Binet et Fabre.* — C. R. Société Biologie. T. XCVI,
12 février 1929.
- W. Service.* — L'ac de iodoxybenzoïque. J. Indiana, janvier
1928, mai 1912.
- Sicard, Fabre et Forestier.* — Bull. Soc. Chimie Biolog., T. V,
mai 1923.

- Smith.* — Usage et actions de l'acide iodoxybenzoïque dans le traitement de l'arthrite, Boston Médical, 24 juillet 1927.
- Traitement de l'arthrite rhumatismale par l'injection intra-musculaire de gaïacol, iode et camphre, Brit. M. J. Sond., 1925.
- Teissier et Roque.* — Rhumatisme chronique déformant. Traité de médecine de Brouardel et Gilbert. Fasc. VIII, 1906.
- Thirolloix, Brace, Guillot et Harmelin.* — L'iode dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique. Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 24 juin 1923.
- Thirolloix, Brace, Guillot et Leloup.* — Médic. iodée intensive dans le traitement du rhumatisme chronique. Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 24 juin 1923 et 18 juin 1926.
- N. C. Traubes.* — L'acide iodobenzoïque dans l'arthrite chronique. J. A. M. A., 1^{er} octobre 1927.
- M. P. Weil.* — Traitement des Rh. Chroniques. Revue Médicale Française, janv. 1930. N° 1, p. 33.
- Traitement du Rh. chronique. Société de Thérapeutique. Bulletin n° 8, p. 177. Séance du 9 octobre 1929.
- Article : Rhumatisme infection. Un nouveau traité de Path. Int., Doin, éditeur, T. I., Paris 1926.
- Winternitz.* — Zeitschufft für Klinisc. Medizin. T. L, 1903.
- A. G. Young.* — L'acide iodobenzoïque dans l'arthrite chronique, Wisconsin M. J. Juillet 1927.
- Etude de clinique des effets de l'acide iodobenzoïque, New. England, J. Med., 13 décembre 1928.

II

Salol

- Dercum.* — Le Salol dans le rhumatisme des nerfs et des muscles. J. M. Nervous and mental diseases, 1888.
- Eloy.* — Les indications thérapeutiques du Salol, Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie de Paris, 11 novembre 1887.
- Jacquemart.* — Du Salol. De son emploi dans les affections rhumatismales tendant à la chronicité, Thèse, Paris 1891.
- Lépine.* — Article sur le Salol. Lyon Médical, 4 juillet 1887.
- Mossé et Hadjès.* — Gazette Hebd. de Méd. et Ch. de Paris, 9 sept.

- « Quelques expériences sur le Salol. »
Rosenberg. — Le Salol comme antirhumatismal. *Thérap. Monatschreff*, Berlin, 1887.
Sahli. — Articles sur le Salol.
— *Correspondenz Blatt für Schweize Aerzte*, 15 juin-1^{er} juillet 1887.
— *Mémoire sur le Salol*, Bader Mulhouse, 1886.
Schiefflin. — *Traité sur le Salol*, nouveau remède pour les affections rhumatismales et le rhumatisme, New-York. 1887, 2^e édition 1888.
Tucker. — *Quelques indications thérapeutiques du Salol*, South Illinois J. M. et S. Métropolis, 1901.

IV

Rhumatisme chronique

- Arlault.* — *Lymphothérapie dans les rhumatismes.*
Baudoin. — *Avenir Médical*, 1928. *Médecine Internationale*, Paris 1923.
Berthomieu-Lamer. — *Thèse de Paris*, 1914.
Bezangon. — *Leçon clinique du 3-12-1927.* *Journal des Praticiens.*
Bezangon et M. P. Weil. — *La maladie rhumatismale.* Série d'articles in *Annales de Médecine*. T. 18, n° 2, fév. 1926.
Blind. — *Rhumatisme thyroïdien*, *Société de Médecine de Paris*, 13 mai 1921.
Calot. — *Congrès de Chirurgie*, 1926.
— *Avenir Médical*, juin 1921.
— *Monde Médical*, 1^{er} avril 1924.
Carnôt et Blamouthier. — *Rhumatisme chronique déformant chez un syphilitique.* Amélioration très nette par le traitement arsenical. *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, page 883, séance du 8 juin 1923.
Delpuech. — *Histoire des maladies : la goutte et le rhumatisme*, Paris 1900.
Doumer. — *Acad. de Médecine*, 28 mars 1922.
Dujarrier. — *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet*, T. VII, 1909.

- Duvernay*. — Journal de Médecine de Lyon, 5 mai 1921.
— Le traitement des rhumatismes chroniques, Vie Méd., 16 févr. 1923.
— Journal de Médecine de Lyon, 15 juin 1925.
- Duvernay et Parent*. — Société de chirurgie de Lyon, 6 nov. 1924.
- Forestier*. — Diabète, goutte, obésité, oxalémie, rhumatisme chronique. Les Consultations journalières, Paris 1926.
— Progrès Méd., 13-6-1926.
— La Presse Thermale, 28-2-1923.
- Freund*. — Virchow's Archiv., 1927. T. CCLXIII, fasc., 2, p. 515.
- Gillet*. — Essai de classification du rhumatisme chronique, Bull. Méd. 12 et 22 sept. 1925.
- Grenet*. — Rhumatisme infectieux in Traité de Pathologie et de Thérapeutique appliquée, Paris 1921.
- Hagueneau et Bernard*. — Société Méd. des Hôp. de Paris, 19 janv. 1923.
- Hendrix*. — Rhumatisme déformant traité par héliothérapie artificielle.
— Société de Clin. des Hôp. de Bruxelles, 9 mai 1925.
— Presse Méd., 30 mai 1925.
- Lance, Andrieu et Cappel*. — Journ. de Chirurgie, nov. 1921.
- Lejars*. — L'intervention opératoire dans le rhumatisme chronique déformant, 18-1-1905.
- André Léré*. — Bulletin Médical, 11 mai 1910.
— Journal Méd. français, 1^{er} mai 1912.
— Progrès Médical, 16 et 23 mars 1912.
— Journal de Méd. et de Chirurgie pratique, 25 mars 1920.
— Presse Méd., 28 janv. 1918.
— Lyon Méd., 1918.
- L. Lévi*. — Traitement thyroïdien du rhumatisme chronique.
— Journal Méd. français, 5 mai 1912.
- Lévy-Franckel, Justes et Lacroix*. — Traitement du rhumatisme chronique, déformant, par l'insuline.
— Société Thérap. Séance du 10 déc. 1924.
— Gazette des Hôp., 10 janvier 1925.
- Pierre Marie et A. Léri*. — Le rhumatisme tuberculeux. Ed. Doin, Paris 1929.
- Marinesco*. — Rhumatisme chronique in Nouveau Traité de Méd. de Roger, Vidal, Teissier. Fasc. 22, Paris 1924.

- Meyer et Bisch.* — Traitement des arthrites chroniques déformantes par le soufre. *Klin-Wosch*, 18 mars 1922.
- Mossé.* — Contribution à l'étude du rhumatisme endocrinien.
— Société de Méd. de Toulouse. Séance du 10 mars 1926.
— Presse médicale, 5 mai 1926.
- Niel.* — Etude clinique et thérapeutique de quelques cas de rhumatisme chronique. Thèse Paris, 1925.
- Ombredanne.* — Journal méd. français, oct. 1927.
- Parès.* — Mésothorium. Action Thérapeutique particulièrement dans les affections rhumatismales. Thèse Paris 1920.
- Pérochaud, Miraillé, Arin.* — Gazette médicale de Nantes, 21 août 1897.
- Poncet et Leriche.* — Le rhumatisme tuberculeux. Doin, Paris 1909.
- Ræderer.* — Quelques cas de rhumatisme vertébral chronique.
— Société de médecine de Paris. Séance du 24 avril 1926.
— Bulletin médical, 5 juin 1926.
- Rottenstein.* — Archives franco-belges de chirurgie. Avril 1922.
- Sergent.* — Glande thyroïde et rhumatisme.
— Monde médical 1925, p. 537 et 547.
- Sicard.* — Les lumbagos. Progrès méd. 1922, p. 624.
- Sicard et Forestier.* — Presse méd., 18 janvier 1922.
- Teissier et Roque.* — Rhumatisme chronique déformant in
Traité de Méd. de Brouardel et Gilbert. Fasc. 8, 1906.
— Rhumatisme chronique in Nouveau Traité de méd. et Thérapeutique 1925.
- Teissier et Mayet.* — Classification des rhumatismes chroniques.
— Bull. méd. 29 avril 1922.
- Thomson et Gordon.* — Oxford médical. Publications. 21 septembre 1927.
- Tixier.* — Maladie des articulations.
Précis de Patho. Chirurg. (9 agrégés). T. I., Paris 1924.
- Troisier.* — Rhumatismes et infection dentaire. La Médecine, juillet 1924.
- Vagnon.* — Thèse de Lyon 1924.
- M. P. Weil et P. Bourgeois.* — Quelques aspects cliniques des manifestations articulaires de la syphilis tardive. (Presse méd., 25 avril 1925, n° 33, p. 538.
- M. P. Weil.* — Le traitement interne et médicamenteux de la Goutte. La Semaine des Hôp. de Paris, 24 mai 1926, n° 10, p. 175.

- Le rhumatisme de la ménopause. Bruxelles médical, nos 50 et 52, 14 et 28 octobre 1928, p. 1630 et 1697.
- H. P. Weil, Weissmann, Netter et V. Oumansky.* — Rhumatisme chronique déformant atypique. Amélioration remarquable après avulsions dentaires multiples. — Société méd. des Hôp., 18 juin 1929, page 914.
- M. P. Weil.* — Cures sédatives et manifestations rhumatismales.
 - Centre médical août et sept. 1929.
 - Les rhumatismes chroniques. La Semaine des Hôp. de Paris, 31 oct. et 15 nov. 1929.
 - Rhumatisme articulaire aigu et rhumatisme chronique. Bull. méd. n° 48, 9 novembre 1929.
 - Rheumatismus der Ménopause. Der Medizinische, 1929, N° 40.
 - Rhumatisme articulaire aigu et rhumatisme chronique. Acta rheumatologica 1930, N° 2, p. 5.
 - Le rhumatisme chronique. Bruxelles médical, N° 17, page 452, 23 février 1930.
 - Quelques cas indiscutables de rhumatismes d'origine dentaire. Revue odontologique juin 1930, N° 6, p. 633.
 - Manifestations articulaires et calcémies. 2^e Congrès international du rhumatisme. Acta rheumatologica 1930.
 - Les arthrites par carence calcique. Gazette médicale de France, 1^{er} oct. 1930, p. 467.

